

MEDICAL HISTORY

Preventive vaccination
against COVID-19 (Coronavirus Disease 2019)

– with mRNA vaccines –

Comirnaty Omicron XBB.1.5® (3 µg, 10 µg or 30 µg dosage) from BioNTech/Pfizer
as well as Spikevax XBB.1.5® (25 µg or 50 µg/dose) from Moderna

Status as of: 30th January 2024

This information is available in simpler language and foreign languages:

www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html

ANAMNESE

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

– mit mRNA-Impfstoffen –

Comirnaty Omicron XBB.1.5® (3 µg, 10 µg bzw. 30 µg/Dosis) von BioNTech/Pfizer sowie Spikevax XBB.1.5® (25 µg oder 50 µg/Dosis) von Moderna

Stand: 30. Januar 2024

Diese Informationen liegen in leichter Sprache und Fremdsprachen vor:

www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html

Name of the person to be vaccinated (Surname, Forename) _____

Date of birth _____

Signature _____

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

1. Do you¹ currently have an acute illness with fever? 0 Yes 0 No

1. Besteht bei Ihnen¹ derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

0 ja 0 nein

2. Have you¹ been vaccinated within the last 14 days? 0 Yes 0 No

If yes, what were you vaccinated against?

2. Sind Sie¹ in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

0 ja 0 nein

Wenn ja, gegen welchen Erreger wurde geimpft?

3. Have you¹ already been vaccinated against COVID-19? 0 Yes 0 No

If yes, when and with which vaccine? Date: Vaccine:

Date: Vaccine:

Date: Vaccine:

Date: Vaccine:

(Please bring your vaccination card or other proof of vaccination to your vaccination appointment.)

3. Wurden Sie¹ bereits gegen COVID-19 geimpft?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? Datum: Impfstoff:

Datum: Impfstoff:

Datum: Impfstoff:

Datum: Impfstoff:

(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit.)

4. In the event you¹ have already received one COVID-19 vaccine dose:

Did you¹ develop an allergic reaction thereafter? ☐ Yes ☐ No

Have you had any other unusual reactions after vaccination? ☐ Yes ☐ No

If so, which ones _____

4. Falls Sie¹ bereits eine COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie¹ danach eine allergische Reaktion entwickelt?

☐ ja ☐ nein

Sind bei Ihnen¹ andere ungewöhnliche Reaktionen nach der Impfung aufgetreten?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

5. Has it been reliably proven that you¹ were infected with the coronavirus (SARS-CoV-2) in the past?

☐ Yes ☐ No

If yes, when _____

5. Wurde bei Ihnen¹ in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann?

6. Do you¹ have chronic diseases or do you¹ suffer from immunodeficiency (e.g., due to chemotherapy, immunosuppressive therapy or other pharmaceutical)?

☐ Yes ☐ No

If yes, which _____

6. Haben Sie¹ chronische Erkrankungen oder leiden Sie¹ an einer Immunschwäche (z.B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Arzneimittel)?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

7. Do you¹ suffer from a coagulation disorder or do you take blood-thinning medication?

☐ Yes ☐ No

7. Leiden Sie¹ an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

☐ ja ☐ nein

8. Do you¹ have any known allergies? ☐ Yes ☐ No

If yes, which _____

8. Ist bei Ihnen¹ eine Allergie bekannt?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

9. Have you¹ ever experienced allergic symptoms, high fever, fainting spells, or other uncommon reactions following a previous different vaccination?

☐ Yes

☐ No

If yes, which _____

9. Traten bei Ihnen¹ nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

10. Are you pregnant¹? (Vaccination with the Comirnaty[®] vaccine is recommended after the second trimester of pregnancy)

If yes, in which week of pregnancy (no. of weeks)?

☐ Yes (no. of weeks) _____ ☐ No

10. Sind Sie schwanger¹? (Eine Impfung mit dem Impfstoff Comirnaty[®] wird ab dem 2. Schwangerschaftsdrittel empfohlen.)

Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche (SSW)?

☐ ja SSW _____ ☐ nein

¹ This may be answered by the legal representative.

¹ Ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet